THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N° 40

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 25 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

Robert BARROS

Des Psychoses et des Névroses

AU COURS DE

L'ACROMÉGALIE

Président : M. RAYMOND, *professeur*

Juges { MM. JOFFROY, *professeur*
FERNAND BEZANÇON, *agrégé*
CLAUDE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	**M. LANDOUZY**
Professeurs	**MM.**
Anatomie	**NICOLAS**
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RICHEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fer.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. RAYMOND

Professeur de Clinique des Maladies nerveuses
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de la Salpêtrière
Membre de l'Académie de Médecine.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur KIRMISSON

M. le Professeur DEBOVE

M. le Professeur PINARD

M. le Professeur RAYMOND

AVANT-PROPOS

Nous tenons tout d'abord à remercier M. le professeur Raymond d'avoir accepté la présidence de notre thèse. Il fut notre maître dans les hôpitaux, il nous fait l'honneur d'être le juge de notre dernière épreuve devant la Faculté.

Nous adressons également à M. le Dr Roubinowitch, médecin chef à l'hospice de Bicêtre, le témoignage de toute notre reconnaissance. C'est dans son service qu'il nous a été permis d'observer le cas d'acromégalie qui nous inspira le sujet de notre thèse. Grâce à son enseignement, il nous a aidé à démêler dans l'état mental très complexe de ce malade la psychose que nous n'avons pu rencontrer dans aucune des observations que nous avons consultées.

Des Psychoses et des Névroses

AU COURS

de l'Acromégalie

INTRODUCTION

Depuis que le professeur Pierre Marie a attiré l'attention en 1885 sur une maladie caractérisée par « une hypertrophie singulière non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphalique », de nombreuses observations d'acromégalie furent publiées et actuellement les cas communiqués dépassent au moins le total de 350.

Aussi ce syndrome est-il l'un des mieux connus au point de vue clinique et anatomo-pathologique. Il est caractérisé par un développement exagéré des mains contrastant avec le volume normal du reste du membre. Les pieds sont également élargis sans augmentation notable de leur longueur, les ongles sont aplatis et striés, la face est allongée, ovalaire, les apophyses orbitaires sont saillantes, les paupières épaissies, le nez est camard, en pied de marmite, la lèvre

inférieure est en ectropion, le menton est large et projeté en avant, la macroglossie est constante et souvent énorme, enfin la selle turcique paraît augmentée de volume à la radiographie ; du côté de la colonne vertébrale on constate une cypho-scoliose plus ou moins prononcée. Ce tableau est complété par l'existence d'une céphalalgie atroce et des troubles génitaux, l'aménorrhée ou l'impuissance qui sont fréquemment les premières manifestations de la maladie. A côté de ces symptômes cardinaux doivent prendre place une série de faits contingents tels que l'atrophie du corps thyroïde, des testicules, de l'amyotrophie, de l'hypertrophie cardiaque accompagnée ou non d'artério-sclérose, une sudation exagérée et de la glycosurie que l'on constate très fréquemment et dont la pathogénie est encore obscure.

Quelques-uns de ces signes peuvent prendre parfois une place prépondérante et c'est ainsi que l'on a pu décrire une forme douloureuse de l'acromégalie (1) d'autres fois ce sont des troubles oculaires analogues à ceux des tumeurs cérébrales qui viennent compléter le tableau clinique. Il faut enfin signaler la coexistence très fréquente de troubles psychiques et nerveux qui furent bien étudiés par un élève du Dr Magnan, le Dr Brunet (2) des recherches duquel il résulte que 25 0/0 des acromégaliques présentent des troubles psychiques variés.

Nous avons pu observer dans le service du Dr Roubino-

1. State. *L'acromégalie à forme douloureuse.* Thèse de Paris, 1900.

2. Brunet. Thèse de Paris, 1899. *État mental des acromégaliques.*

vitch à l'hospice de Bicêtre un malade des plus intéressants chez lequel l'acromégalie se compliqua de manifestations psychiques. Nous avons réuni, à propos de ce cas, les quelques observations de folie compliquant l'acromégalie disséminées dans la littérature médicale et nous croyons que la psychose maniaque dépressive dont notre malade est atteint n'a jamais été signalée au cours de la maladie de Marie.

ETUDE CLINIQUE

Aux symptômes acromégaliques que nous avons esquissés et qui sont surtout d'ordre physique, viennent fréquemment s'ajouter des manifestations nerveuses et mentales diverses qui peuvent arriver à créer des formes individualisées de la maladie de Marie.

Nous étudierons d'abord les névroses qui ont été rencontrées jusqu'ici au cours de cette affection, puis nous verrons quelles sont les psychoses qui viennent la compliquer. Enfin nous insisterons sur une observation personnelle d'acromégalie où l'infection se complique d'abord de manifestations comitiales très nettes, puis de psychose maniaque dépressive.

CHAPITRE PREMIER

Des névroses au cours de l'acromégalie

La coexistence de ces troubles nerveux ne resta pas longtemps inaperçue, et dès 1890 l'on publia quelques observations démontrant la réalité et la fréquence de ces associations.

Ce fut d'abord M. Guinon qui présenta nne acromégalique atteinte de stigmates hystériques tout à fait typiques ; puis MM. Raymond et Soucques qui en 1895 publièrent un cas d'épilepsie compliquant la maladie de Marie.

Pick et Schloesinger rapportèrent à la même époque des cas analogues.

Depuis cette date quelques observations ont été publiées et nous en rapporterons quelques-unes.

Il résulte de nos recherches que trois névroses se rencontrent au cours de l'acromégalie. Ce sont par ordre de fréquence.

Le mal comitial.

La maladie de Basedow.

L'hystérie.

§ 1

L'épilepsie est celle des névroses que l'on rencontre le

plus fréquemment au cours de la maladie de Marie. On en a rapporté de très nombreuses observations, auxquelles vient s'ajouter celle du malade que nous avons suivi et chez lequel les crises comitiales franches, des vertiges et des phénomènes démentiels apparurent sept ans après le début de troubles oculaires.

Chez d'autres malades au contraire, la maladie de Marie survient longtemps après les manifestations épileptiques et MM. Bourneville et Regnault en ont rapporté quelques observations à la Société Anatomique en 1896.

L'acromégalie peut même survenir à une période terminale du mal comitial ; il en est ainsi d'un cas rapporté par Farnarier à la Société médico-psychologique en 1899, où des symptômes acromégaliques étaient survenus chez un sujet en état de démence épileptique.

Nous allons citer de ces observations quelques-unes de celles qui nous ont paru les plus caractéristiques.

OBSERVATION I (Résumée)

(State. — Thèse de Paris, 1900.)

Acromégalie à forme douloureuse. — Diabète
Crises épileptiformes

Femme âgée de trente-quatre ans, brocheuse, entrée dans le service du professeur Pierre Marie.

Douleurs rhumatismales à sept ans. A treize ans œdème des jambes de cause inconnue. Menstruation.

A dix-sept ans, à la suite d'une peur, première attaque épilep-

tiforme ; la malade poussait un cri, tombait, se mordait la langue, écumait, etc. Durée de la crise, cinq minutes. Elles se répétaient trois fois par semaine environ.

A dix-huit ans troubles menstruels, irrégularités et diminution de l'abondance des règles.

A vingt-quatre ans, chute sur la tête, à la suite de laquelle se déclare de la céphalalgie, puis les extrémités s'hypertrophièrent.

Enfin les attaques épileptiformes cessent et la menstruation disparaît complètement.

La malade présentait au complet les signes de la maladie de Marie et urinait environ 200 grammes de sucre par vingt-quatre heures.

OBSERVATION III (Résumée)

(Bourneville et Régnault. — Société anatomique. 31 juillet 1896.)

Acromégalie chez un épileptique

Enfant entré à Bicêtre le 27 janvier 1879 et mort le 5 mars 1881.

Père mort à soixante-trois ans, buveur de vin.

Mère migraineuse, morte d'un cancer du poumon.

B... est né à terme, mais il perdit la vue dès sa naissance à la suite d'une ophtalmie purulente. Il garda toujours l'habitude de porter avec lui un petit bâton qu'il faisait aller devant l'œil droit, prétendant voir danser une ombre. Il couchait avec et quand on le lui enlevait il s'en procurait un autre.

Mis à la porte de l'Institution des jeunes aveugles parce qu'il

ne pouvait rien apprendre, était taquin, très irascible. Il est admis à Bicêtre à cause d'accès d'épilepsie avec perte de connaissance. Chute de la tête sur la poitrine, écume aux lèvres et paroles sans suite. On ne peut préciser d'une façon évidente le début de cette névrose. Cependant, elle semble avoir suivi l'acromégalie, qui s'était surtout manifestée par un accroissement de la taille et du poids.

OBSERVATION III (Résumée)

(Bourneville et Régnault. — Société anatomique, 31 juillet 1896.)

Acromégalie chez un épileptique

B... Jules, né le 26 juin 1842, mort le 14 mai 1885.

On trouve dans les antécédents héréditaires une grand'mère maternelle morte paralysée.

Enfance normale. Onanisme exagéré.

A vingt et un ans, à la suite d'une peur, premiers accès épileptiques, qui se renouvelèrent de plus en plus fréquents, léger cri, chute en arrière, suivie de rigidité générale, de quelques secousses, puis il essayait de s'arracher l'estomac, pas de morsure de langue, peu d'écume, les crises étaient provoquées par la plus légère contrariété.

L'autopsie montra des lésions du squelette et de l'hypophyse caractéristiques de l'acromégalie.

OBSERVATION IV (Résumée)

(Bourneville et Régnault. — Société Anatomique, 31 juillet 1896.)

Acromégalie chez un épileptique. — Hérédité névropathique.

B... Emile, né le 21 janvier 1865, entré le 28 janvier 1878, mort le 6 août 1886.

Parents morts âgés, nerveux, et cousins germains. Ils eurent douze enfants : sept morts en bas âge ou adolescents, de *convulsions* ou maladies infectieuses.

Sur les cinq restants, deux filles adultes ont des attaques hystériques.

Antécédents personnels. — A six mois, convulsions. A huit ans à la suite d'une peur, absences : il restait deux ou trois minutes sans parler, tombait même. Ces manifestations comitiales furent dans les années suivantes très fréquentes et l'on en notait plus de deux cents par an.

Son caractère était indolent et sombre, il travaillait bien, mais l'intelligence déclina de plus en plus : en 1884, on ne pouvait plus lui tirer que des fragments de phrases.

Il avait comme symptômes acromégaliques un prognathisme très exagéré ; des mains et des pieds hypertrophiés, des ongles épaissis.

Nous rappellerons à côté de ces cas où l'acromégalie est survenue chez des épileptiques, l'observation de Raymond et Souques et la nôtre, dans lesquelles les crises comitiales surviennent à la période d'état de la maladie de Marie.

Il semble donc que dans une première catégorie de faits l'acromégalie a déterminé l'apparition de la névrose. Dans une autre au contraire les deux affections paraissent être absolument indépendantes : elles évoluent chacune pour leur compte, il semble n'y avoir entre elles aucun rapport et même la maladie de Marie ne paraît pas avoir aggravé les manifestations comitiales, puisque même dans l'un des cas rapportés elles disparurent.

Il s'agit ici de sujets prédisposés ayant depuis longtemps des crises épileptiques dans lesquelles l'auto-intoxication acromégalique ne joue aucun rôle

Les manifestations comitiales venant compliquer la maladie de Marie sont diverses et l'on en rencontre de toutes sortes depuis la crise franche jusqu'à l'équivalent psychique.

Les crises épileptiques y présentent le caractère classique : le malade a une aura, qui consiste le plus souvent en une exagération de la céphalée, qui peut même s'accompagner de vomissements comme nous l'observâmes quelquefois chez notre malade. Les signes cliniques de la crise ne présentent aucun fait particulier : le malade pâlit, jette un cri, perd connaissance, puis est pris de convulsions toniques avec raideur tétanique de tous les muscles du corps il se mord la langue, perd ses urines. A cette phase de quelques secondes font suite des convulsions cloniques avec grincement des dents, mouvements désordonnés des membres. Enfin la respiration devient plus ample et la période de stertor commence.

Chez notre malade il semble que l'assoupissement se prolonge durant un temps plus long que chez les comi-

tiaux ordinaires et après une seule crise, il reste parfois pendant vingt-quatre heures dans un état d'hébétude et d'assoupissement, ne se rappelant aucunement les actes qu'il vient de commettre. D'autres fois par contre les crises sont suivies de phénomènes délirants et les malades présentent des paroxysmes psychiques très accusés : ils surviennent tantôt après les crises comitiales, tantôt dans leur intervalle, où ils constituent alors de véritables équivalents de la crise. Ces grandes attaques convulsives sont le plus souvent localisées et dans la grande majorité des cas elles sont étendues d'une façon égale à tous les muscles du corps. D'autres fois, les convulsions sont localisées, il s'agit d'épilepsie Bravais Jacksonienne comme dans le cas que MM. Raymond et Souques ont rapporté au Congrès de Nancy en 1895.

Les attaques incomplètes ou anormales sont non moins fréquentes. C'est ainsi que notre malade perd quelquefois subitement connaissance et tombe ou menace seulement de tomber ; il se produit quelques mouvements convulsifs vagues et légers surtout marqués aux globes oculaires, qui se dévient et à la face qui grimace. Généralement on n'observe pas de stertor. Notre malade n'a jamais présenté cette forme de crise épileptique se manifestant comme un ictus apoplectiforme et nous n'avons d'ailleurs pas trouvé d'observations rapportées pour les cas qui nous intéressent.

Nous avons pu encore fréquemment rencontrer chez D... des absences : sans aura, sans cri prémonitoire, il pâlit et perd conscience, il cesse la conversation commencée et s'arrête au milieu de sa phrase, il reste ainsi immobile, le regard figé, insensible dans une pose extatique.

Il marmotte quelques syllabes incompréhensibles et exécute des mouvements automatiques. La durée de ces phénomènes n'étant que de quelques secondes, il en résulte que le malade reprend presque immédiatement ses occupations et que ces manifestations comitiales passent quelquefois inaperçues. Assez rarement au cours de ces absences il commet des actes ou des gestes obscènes : c'est ainsi que nous l'avons vu simuler la masturbation ; quelques années auparavant étant domestique et déjà atteint d'épilepsie, il se jeta brusquement sur la maîtresse de maison, l'embrassa, puis revint à lui n'ayant aucune conscience de l'acte qu'il avait commis. Consécutivement à ces paroxysmes, l'activité psychique s'épuise et le malade tombe dans un état de démence comitiale d'autant plus marquée, qu'il est déjà très atteint par la cachexie acromégalique. Le malade dont nous rapporterons l'observation inédite présente deux sortes de troubles psychiques, dont les uns caractérisent la psychose maniaque dépressive (période d'apathie et d'indifférence, succédant à des périodes d'excitation avec euphorie), et dont les autres sont d'origine comitiale. C'est ainsi que nous avons pu constater chez lui de l'automatisme avec amnésie, de l'exhibitionisme, de l'érotisme, etc...

§ 2. — *Acromégalie et maladie de Basedow.*

La maladie de Basedow a été signalée beaucoup moins fréquemment que l'épilepsie, au cours de la maladie de Marie. Nous n'en connaissons que 4 cas, dont 3 appar-

tiennent au professeur Lancereaux, le dernier paru a été publié en Angleterre par Georges Muray, dans l'Edimbourg, *Journal médical*, en février 1897. En voici l'observation résumée :

OBSERVATION V

Acromégalie avec goitre exophtalmique

Femme de trente-sept ans,

Le goitre s'est montré chez elle à l'âge de douze ans.

Il a diminué de volume par la suite. Depuis cinq ans elle éprouve des maux de tête et accuse une asthénie profonde. Elle est très amaigrie. Son acromégalie n'en est que plus frappante : les lèvres, le nez sont épaissis, les mains sont énormes. Les signes de la maladie de Basedow (goitre, exophtalmie, tachycardie à 130, sueurs, temblement) sont au complet. Le diagramme des mains obtenu par les rayons X fait voir que les phalanges sont épaisses, mais que les métacarpiens n'ont pas les épiphyses soudées. Il est difficile de s'expliquer cette absence de soudure dans une affection où la formation du tissu osseux est exagérée. On peut émettre l'hypothèse qu'une autre cause que l'acromégalie est intervenue vers l'âge de vingt ans, âge où la soudure s'opère.

Ce fait est d'autant plus intéressant à signaler que les troubles de la sécrétion thyroïdienne paraissent avoir une grosse importance dans la maladie de Marie. Malheureusement ces cas sont exceptionnels et ils ne semblent guère pouvoir apporter beaucoup de clarté dans le pro-

blème de l'affection. Il s'agit ici comme de l'hystérie d'une coexistence et non d'une complication, les deux affections paraissent indépendantes et évoluent chacune de leur côté sans s'influencer réciproquement.

§ 3. — *Acromégalie avec hystérie*

L'hystérie est celle des névroses que l'on rencontre le moins fréquemment au cours de l'acromégalie et nous n'en connaissons qu'une seule observation, celle qui fut publiée par M. Guinon.

OBSERVATION VI

Acromégalie avec hystérie

Emma R..., couturière, trente ans.

Mère atteinte de lithiase biliaire, grand-père maternel mort fou.

Née à terme, marche à trois ans. A eu jusqu'à sept ans des troubles digestifs continuels. De sept à seize ans, a vécu à Grenoble chez un oncle. Pendant ce temps elle resta bien portante, toutefois elle est sujette de temps à autre à des étouffements produits par une boule qui lui remontait à la gorge. Cela survenait surtout sous l'influence d'une émotion ou d'une contrariété.

Elle fut réglée à quinze ans et continua à l'être irrégulièrement.

L'acromégalie débuta à vingt-huit ans, la face s'allongea surtout dans sa moitié inférieure, ses mains augmentèrent en

même temps de volume, puis les extrémités inférieures s'hypertrophièrent.

Il existe un certain degré d'asymétrie faciale, mais non cranienne ; il est d'ailleurs remarquable que cette asymétrie persiste sur tout le corps ; toutes les parties gauches du corps : face, membres étant moins volumineuses que celles du côté opposé.

La malade se plaint d'une grande impressionnabilité au froid. Elle éprouve quelquefois des douleurs dans les membres ; elle se fatigue facilement et ressent de légers élancements dans les jambes et les pieds.

Jamais de douleurs nocturnes.

Elle se plaint beaucoup d'une céphalée continuelle consistant non pas en des élancements ou des douleurs aiguës, mais en engourdissement.

Quelques plaques dysesthésiques aux deux poignets, ovarie droite, point douloureux xyphoïdien caractéristique, petites attaques de nerfs de nature hystérique: caractère sombre, triste, presque hypocondriaque.

A côté de ce cas d'hystérie franche compliquant une acromégalie on a cité au cours de cette maladie un cas de paramyoclonus multiplex dans l'étiologie duquel l'hystérie semble avoir une grande part.

OBSERVATION VII

(Feindel et Froussart. — *Revue neurologique*, 1897.)

Acromégalie probable. — Paramyoclonus multiplex. — Maladie de Recklinghausen. — Dégénérescence et stigmates mentaux.

V... D..., âgé de trente-deux-ans, charretier, entre le 3 octo-

bre 1898 à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de notre maître, M. Brissaud, pour des contractions des muscles, des cuisses et des jambes, rendant quelque peu difficiles la marche et la station debout, mais surtout nombreuses lorsque cet homme est dans la position assise ou couchée.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, s'est pendu à l'âge de trente-trois ans, mère morte d'érysipèle à trente-deux ans à l'hôpital Beaujon.

Quatre frères ou sœurs du malade sont morts en bas âge de convulsions, la mère du malade aurait eu en outre deux fausses couches.

Antécédents personnels. — Le malade est venu à terme, pas de convulsions dans l'enfance. A treize ans il sort de l'orphelinat de l'abbé Roussel à Auteuil et est placé dans une verrerie où il reste deux ans. Dans cet établissement un jour qu'il s'occupait du four à recuire, une pièce chauffée au rouge lui tomba sur la face lui brûlant la paupière de l'œil droit. De suite après cet accident, la vision de l'œil droit a fortement baissé, depuis elle serait restée telle sans modification. La brûlure n'a pas laissé de cicatrice sur le tégument.

A quinze ou seize ans, D... prend le métier de charretier qu'il exerce depuis lors sans interruption.

Vers seize ans : typhoïde.

A dix-neuf ans : cholérine ;

A trente-deux ans : bronchite.

Dans sa première enfance, D..., dans une chute dont il n'a pas dans la suite entendu rapporter les détails, se fractura l'astragale, ce qui retarda l'époque où il commença à marcher. Le pied gauche est demeuré très déformé, les os de la jambe sont comme enfoncés dans le tarse, le pied est dévié en dehors,

les muscles de la jambe atrophiés. Néanmoins avant la maladie actuelle, D..., faisait régulièrement son métier de charretier ; sans trop de fatigue, en boitant fortement, il pouvait marcher pendant plus d'une heure, mais ordinairement il évitait la marche en grimpant sur le véhicule qu'il conduisait.

D... n'est ni alcoolique, ni syphilitique.

Taille : 1 m. 60.

Bien musclé. Bon état général.

Début du paramyoclonus. — Il y a environ quatre mois, un matin il conduisait par la bride un cheval attelé à un tombereau de sable. En passant sur les rails d'un tramway, le cheval glissa et entraîna D... dans sa chute. Une voiture de laitier venait à vive allure derrière le tombereau, elle accrocha celui-ci, le fit basculer en avant et D... qui pensa être écrasé en fut quitte pour une blessure du pouce droit, dont l'extrémité fut prise entre l'avant du limon du tombereau basculé et le pavé. L'extrémité du pouce fut meurtrie et l'ongle tomba dans la suite. Sur le moment D... eut grand'peur ; il se remit néanmoins facilement, releva son cheval et contiuua son travail pendant tout le reste de la journée sans trop penser à son accident. Mais la nuit suivante fut tout entière occupée par le même rêve terrifiant qui se reproduisit cinq ou six fois consécutives : Dalif... voyait un cheval emporté attelé à une voiture ; le cheval venait sur lui, le renversait, et la voiture lui passait sur le corps. Le matin au réveil, il vit que les muscles de ses cuisses et ses jambes étaient agités de secousses ; il ne s'en leva pas moins et se rendit à son travail ; mais il tomba plusieurs fois en chemin, on le reconduisit chez lui et il se coucha.

Depuis ce moment les secousses musculaires ont conservé la même localisation, la même intensité, la même brusquerie.

Etat actuel. — On constate (14 octobre) des secousses musculaires également réparties aux deux membres inférieurs. Le quadriceps fémoral, puis le demi-tendineux, les jumeaux, les fléchisseurs des orteils, les péroniers surtout sont spasmodiques à chaque membre. Les secousses musculaires sont brusques, intenses, et se succèdent sans ordre les unes aux autres. Il en résulte des mouvements de peu d'amplitude, limités à une partie du membre, incohérents, et n'aboutissant pas à un déplacement d'ensemble.

Il n'y a de secousses musculaires qu'aux deux membres inférieurs. Les contractions involontaires se montrent par accès dans un muscle donné ; le muscle se contracte à huit ou dix reprises, presque sans intervalle, puis il entre au repos pour quelques secondes. Pendant ce temps d'autres muscles se contractent, de telle sorte que pendant notre examen il n'y a pas de repos complet. L'intensité des secousses musculaires est grande ; la main qui embrasse la masse charnue de la cuisse est soulevée par des contractions successives. Toute excitation cutanée provoque des secousses. De même que dans l'ensemble des secousses musculaires un muscle donné se contracte par accès le paramyoclonus se reproduit par accès, attendu qu'il y a des périodes plus ou moins longues pendant lesquelles les mouvements ne se produisent pas. Les muscles des bras et du tronc ne sont pas agités de secousses. Le malade parle avec quelque difficulté ; sa face est un peu grimaçante pendant l'élocution ; nulle part on n'aperçoit de tremblement fibrillaire. Il semble y avoir hypéresthésie à la pression au niveau des côtes inférieures droites. Pour le reste des téguments la sensi-

bilité est normale, il n'y a pas d'hypéresthésie quoique les mouvements de défense soient exagérés. Pas de troubles vaso-moteurs. Pas de polyurie. Le pouls est régulier.

La force musculaire aurait sensiblement diminué depuis le début de la maladie. Au dynamomètre, la main droite du sujet presse actuellement 17 et la gauche 15, on apprécie très nettement ce peu de vigueur en se faisant serrer la main. Pas de tremblement des mains ni de la tête. Le malade serait maladroit de ses mains depuis l'apparition du paramyoclonus. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Le réflexe pharyngien est fort. L'examen des yeux a été effectué par le Dr Péchin, qui a constaté un rétrécissement bilatéral concentrique du champ visuel, plus marqué à droite, pour le blanc comme pour les couleurs.

Il y a une dyschromatopsie très marquée pour l'œil droit ; à peu près toutes les couleurs sont prises les unes pour les autres. A gauche le bleu et le vert seulement sont confondus.

Dalif... entend normalement et également des deux côtés. A noter encore qu'il est assez émotif et que depuis quelque temps, il serait sujet à des crises de larmes.

En examinant le malade, on remarque qu'il est porteur de tumeurs et des pigmentations qui caractérisent la maladie de Reklinghausen.

Tumeurs cutanées : Elles sont nombreuses ; on n'en compte de bien visibles, qu'une près du coude gauche, cinq ou six sur la poitrine et l'abdomen, autant sur le dos et les fesses, deux ou trois dans la barbe, sur le côté droit de la face ; leur volume varie de celui d'une lentille à celui d'une noisette. En plus des tumeurs cutanées, il existe encore chez Dalif... une tumeur sous-cutanée, dure, plate, de la grosseur d'une noix que l'on peut déplacer au-dessous de la peau et qui ne se révèle guère

à la vue. Elle siège à la égion lombaire près de la ligner médiane à gauche. Par la palpation on ne reconnaît pas de tumeurs de nerfs.

La pigmentation punctiforme existe mais assez discrète ; les taches pâles sont éloignées de 1 demi à 1 centimètre les unes des autres, sauf à la ceinture et surtout au cou où elles sont plus serrées. Cette pigmentation ne se voit pas sur les membres ni au visage. Les plaques de pigmentation les plus étendues se trouvent l'une sur la face antérieure de la cuisse gauche qui mesure 5 centimètres de diamètre, une autre sur la face postérieure de l'avant-bras gauche d'une superficie égale à celle de la paume de la main ; on note encore plusieurs taches elliptiques à grand axe horizontal du dos et de la poitrine. Le visage est pâle mais n'a pas de teinte particulière.

Troubles fonctionnels. — Le malade n'a jamais eu d'attaques de nerfs, mais il était sujet à des étourdissements qui parfois le faisaient tomber.

Depuis l'apparition du paramyoclonus, la mémoire aurait fortement baissé ; le malade ne peut donner la date du jour de son accident. L'intelligence paraît très obtuse. Dalif... arrive à peine à écrire son nom ; il connaît ses lettres et peut lire des mots courts et usuels.

Il existe un trouble marqué du langage : certains mots sont mal prononcés ; le malade hésite avant de répondre, et ses réponses courtes, le plus souvent dissyllabiques sont comme explosées.

Congénitalité. — La tache pigmentaire de la cuisse gauche, dit le malade, a toujours existé, mais nous ne pouvons obtenir aucun renseignement sur la date d'apparition des autres taches

et des fibromes de la peau ; ces accidents n'avaient pas été remarqués avant notre examen.

D'après le malade, aucune personne de famille n'a eu ni taches ni tumeurs.

On ne constate pas d'autres malformations congénitales si ce n'est le palais ogival et du prognathisme de la mâchoire inférieure.

En outre la conformation de la tête rappelle celle de l'acromégalique. Les organes génitaux sont bien conformés mais le malade est vierge.

Ce malade est manifestement un dégénéré. Il a d'ailleurs une hérédité paternelle, plus que suffisante pour avoir déterminé des troubles évolutifs du sujet.

Les stigmates psychiques sont bien apparents : défaut de l'intelligence et de la mémoire. Enfin il a de l'inappétence sexuelle qui est un caractère propre à la dégénérescence, et par instant il a des vertiges quelquefois avec chute qui éveillent bien l'idée *d'accès épileptiformes*.

La maladie de Recklinghausen ne présente pas ici tous ses caractères cliniques, mais les symptômes fonctionnels de la neuro-fibromatose sont bien accentués, notamment le trouble de la parole, dont ce malade est atteint.

Le paramyoclonus paraît avoir une grande analogie, vu son étiologie, avec ce que l'on observe dans certains cas d'hytérotraumatisme. Cependant le malade ne paraît pas un hystérique ou tout au moins les quelques stigmates qu'il en présente sont insuffisants pour justifier ce diagnostic.

Quant à l'acromégalie elle paraît sinon certaine du moins très probable. Il en a le facies caractéristique ; il a des lésions du fond de l'œil qui peuvent être rapportées à la compression

exercée par une tumeur cérébrale et qui ne diffèrent pas sensiblement des troubles oculaires de l'acromégalie. Ses mains sont assez grandes, mais pas grosses, ses pieds sont normaux comme dimensions. Aussi si l'on ne peut affirmer chez ce malade l'acromégalie, les signes que l'on observe sont suffisants pour avoir une présomption.

Il semble donc que l'on ne puisse décrire l'hystérie comme étant une complication de l'acromégalie et qu'il serait plus logique de n'y voir qu'une simple coïncidence. Peut-être l'auto-intoxication due aux troubles de la secrétion hypophysaire n'a-t-elle été que la cause occasionnelle de cette névrose. Il en est de même de certaines intoxications exagérées telle que l'intoxication saturnine ou autogène comme l'arthritisme ou le diabète qui déterminent sur un terrain prédisposé l'éclosion de manifestations nerveuses latentes.

Telles sont les névroses décrites au cours de l'acromégalie. L'hystérie, le goître exosphtalmique y sont exceptionnels et en pratique une seule affection est à retenir, c'est l'épilepsie, dont la fréquence est très grande et les manifestations multiples.

CHAPITRE II

Des Psychoses au Cours de l'Acromégalie

Les psychoses au cours de l'acromégalie ont passé relativement inaperçues.

La première observation qui mit en relief cette association date de 1890 et fut publiée par Pick.

Elle fut suivie d'un travail de Tanzi en 1891, de Dercum, de Hascovec en 1893. A ces mémoires firent suite de nombreux rapports de Thomas, de Joffroy, de Moncorvo, la thèse de Brunet en 1899, enfin le mémoire de Farnarier à la même époque.

Aussi presque toutes les psychoses ont été décrites chez les acromégaliques, mais ici contrairement à ce qui se passe dans les névroses, il existe à peine deux ou trois cas d'acromégalie compliquée de la même maladie mentale. On l'a vue s'accompagner de démence précoce de délire de persécution, de paranoïa. Mais à côté de ces cas d'affections bien nettes et bien cataloguées, il existe des observations très nombreuses où l'acromégalie s'accompagne de troubles psychiques beaucoup moins caractérisés et que l'on rencontre chez tous les acromégaliques. C'est par eux que nous commencerons notre étude.

Tous les acromégaliques, lorsqu'ils sont arrivés à une

certaine période de leur affection, présentent des troubles psychiques plus ou moins accusés dont nous allons rapporter quelques exemples.

L'état mental est toujours atteint dans la maladie de Marie ainsi que l'a montré son élève Souza-Leite (1). Ces malades ont une apathie, une paresse contre laquelle ils ne peuvent lutter. Ils restent couchés ou assis des journées entières, incapables de se livrer au moindre travail. Toutefois cette asthénie n'atteint jamais un degré aussi accusé que dans certaines cachexies comme au cours de la maladie d'Addison.

Le caractère subit des modifications non moins remarquables. Les malades sont généralement assez irascibles et s'emportent violemment à la moindre contrariété. Leur humeur est inégale, inquiète, plus ou moins sombre. Aussi les idées de persécution et de suicide sont-elles fréquentes chez eux, ainsi que le montrent les observations que nous rapportons.

OBSERVATION VIII (résumée)

(Hanrot.)

Acromégalie avec troubles intellectuels et asthénie.

Homme de trente-six ans non syphilitique. Début de l'acromégalie à quinze ans. L'intelligence est lourde, il entend sans que l'on soit obligé d'élever notablement la voix. Il répond avec assez de précision aux questions qu'on lui adresse, il se plaint

1. Souza-Leite. Thèse de Paris, 1890.

constamment d'une céphalalgie profonde sans irradiation périphérique. La vision est très incomplète ; dans certains cas il éprouve des difficultés à saisir les objets qu'on lui présente surtout quand ils sont de petits volumes.

En un mot ce malade est étendu dans son lit comme une masse inerte. Il ne cause pas avec ses voisins et ne semble prêter aucune attention à ce qui se passe autour de lui. Il faut le questionner, l'exciter pour obtenir une réponse.

Corps thyroïde très développé ; il y quatre ou cinq fois son volume normal.

OBSERVATION IX (résumée)

(Grocco.)

Acromégalie avec asthénie et troubles intellectuels

Charlotte Zanoletti, trente-cinq ans, célibataire.

Père mort à soixante-dix-sept ans, d'apoplexie cérébrale, mère morte à vingt-sept ans, d'une affection pulmonaire.

Elle fut réglée régulièrement de quatorze à vingt-cinq ans époque à laquelle elle eut une fièvre typhoïde. Depuis ce temps elle n'est plus bien portante, elle se fatigue facilement, perd sa gaieté, devient de plus en plus triste. Le sommeil est interrompu et troublé par des rêves, de temps à autre, des battements de cœur, sensation de chaleur, douleurs vagues aux extrémités, céphalée à répétition.

L'intelligence n'est plus prompte comme par le passé et la mémoire va en s'affaiblissant. Depuis quelques temps apparurent des douleurs aux membres inférieurs. Les mains et les

pieds se sont hypertrophiés, puis ce fut la face, dont l'hypertrophie fut également accompagnée de douleurs.

Un examen attentif et prolongé montre que la malade a l'intelligence et l'affectivité moins engourdies qu'elles ne le paraissent tout d'abord et que ne le donnerait à croire la malade en faisant elle-même l'histoire de ces maux. Mais on découvre une certaine torpeur dans l'idéation et la malade est mélancolique et apathique. La parole est plutôt lente, un peu gutturale mais exprime parfaitement l'idée. Rien de particulier au corps thyroïde.

Elle est restée trois mois environ à la clinique et on a pu constater une amélioration. Elle devient plus éveillée, moins mélancolique et un peu moins gênée dans ses mouvements.

OBSERVATION X (Résumée)

(Surmont.)

Acromégalie avec mélancolie

Alphonsine Prev..., dix-huit ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Nombreuses affections nerveuses dans la famille, grand-père et tante paternels morts d'apoplexie, oncle atteint de délire de persécution. La mère est strabique et sur ses neuf enfants, un est mort de méningite, deux présentent des malformations diverses et un est acromégalique.

Antécédents personnels. — Fluxion de poitrine à un an. Elle est restée petite jusqu'à quatorze ans. Elle n'a eu ses règles qu'une seule fois à cet âge. Puis a débuté l'acromégalie par

une élévation de la taille, des douleurs dans les membres; de la céphalée, une névrite optique.

Enfin la malade est mélancolique et chagrine.

OBSERVATION XI (Résumé)

Acromégalie avec hallucinations et troubles du caractère. (Tanzi.)

Malade interné dans un asile de Genève, ainsi que son frère pour son caractère violent, emporté et ses hallucinations. Puis les symptômes s'atténuèrent et le malade put reprendre son travail. C'est alors que débuta son acromégalie qui s'accompagna de tous les symptômes cliniques de cette affection.

OBSERVATION VII

Acromégalie avec troubles intellectuels

(Brissaud. — *Revue neurologique*, 1895.)

Femme de trente-quatre ans, venue à l'hôpital pour une affection caractérisée par les symptômes suivants : palpitations de cœur, angoisse, oppression,état vertigineux, insomnie ou sommeil agité avec cauchemars, aménorrhée, leucorrhée, transpirations abondantes des extrémités, refroidissement périphérique, sensation d'onglée, asthénie physique, découragement, crises de mélancolie. Cette malade a le facies acromégalique, le plus typique qu'on puisse imaginer : face allongée, ovale, concave en avant, avec un prognathisme très marqué, lèvres grosses et épaisses, nez camard et volumineux, arcades

orbitaires saillantes, front bas et fuyant, pigmentation épidermique de tout le visage.

Les phénomènes dont se plaint cette malade sont survenus très progressivement, presque insensiblement depuis une dizaine d'années environ. Sans antécédents morbides notables, elle a d'abord été sujette à une céphalée obsédante analogue à celle de la neurasthénie avec dépression, faiblesse inexplicable, dyspepsie, langueur. Par moments amblyopie et même diplopie. On ne sent pas le corps thyroïde et le larynx est volumineux.

Comme dans la plupart des cas étudiés par Marie, les symptômes de dépression sont intermittents. Les crises durent de trois à quatre semaines.

Les troubles psychiques les plus fréquents sont d'après Brunet :

La lassitude générale ;

L'asthénie ;

La mélancolie ;

L'hypocondrie.

Il est également un trouble psychique des plus fréquents et qui marque souvent le début de la maladie de Marie : ce sont les troubles de la mémoire. Quelquefois imputables au mal comitial, ils relèvent le plus souvent des poisons acromégaliques eux-mêmes.

C'est une amnésie globale portant aussi bien sur les faits récents que sur les faits passés, elle est des plus nettes chez notre malade. C'est ainsi qu'on a pu l'observer alors qu'il était dans le service du professeur Marie au début de sa maladie avant même qu'il eût des manifestations comitiales. Il put alors donner des renseignements précis sur l'évolution de sa maladie et sur ses antécédents,

questions auxquelles il est incapable de répondre actuellement.

Il est certain que l'indifférence, l'apathie où sont plongés les malades sont pour un peu dans ces troubles de la mémoire et leur indifférence pour les faits récents explique le peu d'aptitude qu'ils ont à les retenir.

OBSERVATION XIII (Résumée)

(Lynn Thomas. — *British Medical Journal*, 1895)

Acromégalie avec troubles de la mémoire

B. R..., âgée de dix-huit ans. Jusqu'à l'âge de quatorze ans, c'était une jeune fille robuste à l'intelligence vive et ouverte. Quatre ans environ avant qu'elle vînt se faire soigner, elle eut de violentes douleurs dans les tempes, perdit tout empire sur elle-même, elle sifflait et chantait à tout propos. Ses parents remarquèrent ensuite de l'hébétude, de l'affaiblissement de la mémoire, puis de l'incontinence urinaire et fécale. Elle se plaignait à diverses reprises de douleurs de tête temporales et occipitales, de lassitude et de dégoût de la vie. Sa vue commença à baisser vers l'âge de seize ans et les dimensions de ses mains attirèrent en même temps l'attention de sa mère. Elle n'a jamais été réglée. La glande thyroïde est augmentée de volume.

La dégénérescence mentale se rencontre également très souvent et nous pouvons en rapporter quelques cas intéressants. D'ordinaire on retrouvé dans les antécédents de ces malades des tares prédisposantes et le plus souvent c'est l'acromégalie qui paraît avoir donné une poussée et

fait éclater au grand jour des lésions insoupçonnées jusque là.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(Farnarier. — *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* 1899.)

Acromégalie et dégénérescence mentale

Malade âgé de quarante-huit ans dont le père est mort à quatre-vingt ans de vieillesse et la mère à cinquante ans de congestion cérébrale.

Le malade n'a qu'une sœur fort nerveuse et émotive, mariée et mère d'une fillette en bonne santé.

Le malade eut entre trois et huit ans des convulsions qui cessèrent durant trois années pour reprendre à la puberté. Ces troubles ont nécessité l'internement.

Facies hébété, présentant tous les stigmates de l'acromégalie prognathisme très marqués, hypertrophie des mains et des pieds, cyphose sans scoliose, quelques troubles oculaires (rétrécissement du champ visuel, diminution de l'acuité visuelle).

Les crises épileptiques reviennent tous les quinze jours et sont souvent remplacées par des vertiges. Le malade est un dément ; il sait écrire et compter mais est incapable d'un raisonnement suivi. Ses paroles sont incohérentes, ses distractions frivoles, sa mémoire est très atteinte. Il ne paraît pas se douter des difformités dont il est atteint. Son humeur paisible est parfois agressive notamment après les manifestations comitiales.

On peut donc rencontrer au cours de l'acromégalie, des troubles psychiques peu nettement individualisés et peu caractéristiques. Ils font partie du cortège des symptômes accessoires qui accompagnent cette maladie et on les rencontre toujours au cours de son évolution, le plus souvent d'une façon tardive.

§ 2.

Il n'en est pas de même des délires bien systématisés que l'on peut trouver au cours de cette affection et les observations en sont rares. On a signalé la dépression mélancolique dont on connaît deux cas, l'un de Dercum qui fut publié en 1893, l'autre de Hascovec datant de la même époque.

La démence précoce y fut également signalée et l'on a décrit deux cas, l'un de Lynn Thomas et l'autre de Hascovec.

On a également rencontré le délire de persécution et on en connaît deux observations, l'une de Tamburini publiée en 1894, l'autre de Blair qui date de 1899.

OBSERVATION XV (Résumée)

(Tamburini.)

Acromégalie avec délire de persécution.

Acromégalique typique, morte dans le marasme, à la suite d'un catarrhe intestinal chronique.

Quelques années après le début de l'acromégalie, se développa un délire de persécution sur lequel l'auteur donne peu de renseignements.

OBSERVATION XVI

(Thèse de Brunet, Paris, 1893).

Acromégalie avec idées de persécution.

Femme âgée de quarante-cinq ans dont la mère est morte à soixante et onze ans.

Elle n'eut aucune maladie d'enfance. Se maria à vingt-deux ans, eut six enfants dont trois sont morts de méningite. A vingt-sept ans, fièvre typhoïde. A trente-sept ans elle est abandonnée de son mari et de ses enfants. Elle fait alors quelques excès alcooliques.

En 1894 apparurent des idées de persécution. (On se moquait d'elle.) Puis elle eut des idées de grandeur (elle devait faire des héritages et avoir une belle situation).

A la fin de 1894, elle est examinée : au point de vue somatique, la malade est une acromégalique banale au point de vue psychique elle présente un singulier mélange d'idées de grandeur et d'idées de persécution (on lui téléphone constamment derrière les oreilles « tu es une pu...) Elle oblige sa fille âgée de seize ans à faire des choses honteuses. Elle entend des voix qui lui annoncent sa fortune : « Vends tout ce que tu as, va chez M. D... rue du Caire, tu as son héritage. »

En 1896, la malade est devenue méfiante, croit que l'on intercepte ses lettres. Elle dit avoir des esprits en elle et que ces esprits lui parlent.

En 1898, elle est prise d'idées hypocondriaques.

En 1899, elle est tout à fait apathique ; ses idées de persécution sont moins marquées.

On connaît deux cas d'acromégalie avec paranoïa hallucination aiguë. L'un deux a été rapporté par Pick en 1890 et nous le publions ici-même en entier.

OBSERVATION XVII

Acromégalie avec paranoïa hallucinatoire aiguë

(Pick de Prague dans *Prager Medicinische Wochenschrift*, 15 oct. 1890).

Jean S... âgé de quarante-sept ans est amené à la clinique portant la camisole de force le 20 octobre 1887.

A..., frère du malade, suicidé dans un accès de folie. Marié depuis 1863, il eut neuf enfants.

Pas buveur.

En 1880, il eut à la suite de querelle une psychose d'une durée de quatre semaines et que le malade qualifie de délire de persécution,

L'affection débuta le 29 septembre 1887 par des maux de tête puis deux semaines après il fut très agité, dormait peu, barricadait ses fenêtres, construisait des autels et forçait ses enfants à prier avec lui devant l'autel. Il ne tolère personne, il s'emporte si on le contredit. De temps en temps il écrit des pages entières de texture absurde.

Etat actuel :

Développement exagéré du crâne, du thorax, des mains et des pieds obligeant à porter le diagnostic d'acromégalie.

La parole est embarassée.

Le malade est tranqnille, orienté dans le temps et l'espace. On l'a conduit à la clinique, parce qu'il s'était irrité contre son frère qui lui réclamait le payement d'une dette qu'il ne pouvait pas payer. La plupart des faits rapportés dans son observation, il veut les expliquer comme quelque chose d'absolument normal. Il avoue cependant qu'il est trop agité, mais il n'est pas méchant. Il dit avoir eu du chagrin, de l'angoisse au point qu'il a déjà eu des idées de suicide. Entre temps, il manifeste des idées qui se rapportent à des hallucinations (en venant, les personnes qui l'accompagnaient s'étaient, disait-il, déjà entendues pour le jeter à l'eau). Etant chez lui il a cru que le téléphone était mis à sa disposition et il prétend avoir entendu la voix de sēs enfants.

Le 22 octobre il a prêché la nuit sur l'œil de Dieu, il est anxieux « maintenant, dit-il à la visite du matin, je suis comme je dois être. La nuit il peut souvent vous arriver quelque chose. » Plus tard il agite les mains en les faisant tourner l'une autour de l'autre et cela signifie l'enfer.

23 octobre. — Il n'a dormi la nuit que grâce aux hypnotiques. Le gardien doit aller à Vienne pour télégraphier à son frère qu'il arrivera quelque chose au moment de la soupe ; il se plaint que les malades le regardent comme un pêcheur.

25 octobre. — Il s'entend insulter, les gens veulent lui prendre sa vie : « Si le peuple devient trop immense, la puissance n'est rien plus. »

Les jours suivants, les hallucinations, l'angoisse diminuent peu à peu et le 11 novembre, le malade complètement calme raconte ceci : « Les études de son fils coûtaient beaucoup d'argent et il s'est trouvé dans l'embarras ; des impôts arriérés et sa dette

envers son frère lui avaient occasionné des soucis et de l'angoisse. En 1880 la même chose s'était produite. Il avait à pourvoir à l'existence de sa mère, à payer pour l'entretien de ses frères et sœurs, il s'était alors vu poursuivi par toutes sortes d'angoisse quatre semaines durant. Sa dernière maladie débuta par des douleurs de tête surtout au-dessus de l'œil gauche ; au commencement d'octobre, il entendit des voix menaçantes. » Au sujet des événements qui se sont produits ensuite chez lui, ses souvenirs présentent de nombreuses lacunes. Il confirme avoir eu des hallucinations, cependant il n'est pas encore tout à fait débarrassé de ses idées délirantes car il croit encore que les personnes qui l'accompagnaient s'étaient entendues pour le jeter à l'eau.

Plus tard les restes de la maladie disparaissent à leur tour de sorte que le malade guéri quitte la clinique le 10 décembre.

Interrogé sur le gigantisme de ses extrémités, le malade qui ne se regarde nullement comme extraordinaire prétend avoir eu dès l'enfance cette puissante stature. Son père était devenu gros mais pas autant que lui. Sa mère était aussi grande et forte, il en serait de même de son fils. Vers 1870 il aurait eu une affection goutteuse, mais les membres auraient déjà été gros auparavant.

Tout ce qu'on put apprendre sur les destinées ultérieures du malade c'est qu'en 1889 il se suicida. Fut-ce à la suite d'une récidive de sa psychose ? C'est ce que l'on ignore. Ce cas, fait remarquer Pick, est un des plus marqués au point de vue de l'hypertrophie des extrémités. Il est surtout curieux par l'association de la psychose du malade et de celle de son père qui montre qu'elle est héréditaire.

Eu égard à sa forme elle se rattache nettement au cas de

paranoïa hallucinatoire aiguë. Il ne serait guère possible pour le moment de démontrer une relation plus intime entre elles et l'anomalie de croissance. Toujours est-il qu'une telle coïncidence est remarquable au point de vue de la base neurotique de l'acromégalie.

On a également appelé l'attention sur des accès de manie aiguë au cours de l'acromégalie ainsi qu'en fait foi l'observation de Garnier et Saintenoise que voici :

OBSERVATION XVIII

(Par Samuel Garnier et Saintenoise

In Archives de Neurologie, 1897)

Manie aiguë chez un acromégalique

M. C..., femme B..., ménagère âgée de quarante et un ans. Née à P... (Jura). est entrée à l'Asile le 22 mai 1897, est sortie le 22 juillet suivant après guérison.

A. H. — Pas de renseignements précis sur le père et la mère. Une tante paternelle aurait été toute berloque (*sic*). Un frère est mort à vingt et un ans d'une affection pulmonaire ; il était porteur d'un léger goitre (cette affection est presque endémique dans cette localité). Une sœur est décédée à trente-huit ans de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels.— Pas de maladie grave antérieure. Notre malade aurait toujours eu du plus loin qu'elle se rappelle, ainsi que le mari, les extrémités grosses ; son goître remonte aussi à l'enfance.

De son mariage sont nés cinq enfants, dont trois sont encore vivants et bien portants : un garçon de quatorze ans, une fille

de huit ans et une de quatre ans. Les deux autres enfants sont morts, l'un à la naissance, l'autre à trois mois.

La malade a toujours été réglée régulièrement mais depuis quelque temps les époques ont lieu toutes les trois semaines.

Histoire de la maladie. — C'est douze jours environ avant son entrée à l'asile qu'elle a été brusquement prise sans cause appréciable d'un *accès de folie aiguë*. Son mari peint la brusquerie de l'invasion de la maladie en nous disant : « Ça l'a prise comme un coup de fusil. Les époques avaient cessé depuis huit jours. »

Etat physique actuel. — Cette femme est bien constituée. mais ce qui frappe chez elle de suite c'est le développement exagéré de la face et des extrémités (mains et pieds).

Les mains sont épaisses, larges sans être déformées ni notablement augmentées de longueur. Les doigts sont de forte dimension, les ongles paraissent petits, aplatis et striés dans le sens longitudinal.

Les pieds comme les mains sont élargis et épaissis ainsi que les orteils, les ongles présentent les mêmes déformations qu'à la main.

A la tête les altérations du crâne sont peu accentuées, mais cependant présentent les déformations de l'acromégalie.

Une cyphose cervico-dorsale existe avec lordose lombaire et projection de l'abdomen en avant.

A côté de ces symptômes primordiaux, l'on constate quelques signes secondaires : le corps thyroïde est hypertrophié, les seins atrophiés et flasques. La malade a des palpitations, un peu d'hypertrophie cardiaque avec artério-sclérose et quelques varices.

Etat mental. — M^me^ C..., qui de l'hôpital de L..., où elle a

séjourné quarante-huit heures, arriva signalée comme présentant un état maniaque aigu, n'offre à l'entrée qu'un *état de confusion mentale* probablement consécutif. Elle a encore de nombreuses illusions sensorielles, prend le Directeur pour le médecin de son pays et croit reconnaître des personnes de son entourage parmi les malades du quartier. Elle ne peut d'ailleurs donner des renseignements bien précis sur sa maladie et prétend que si elle a refusé de manger à l'hôpital c'est qu'on voulait l'empoisonner. Pendant la huitaine qui a suivi son admission, les symptômes délirants ont été en s'atténuant progressivement et au bout de la quinzaine cette femme sort de son état d'apathie et demande à s'occuper. Sans avoir beaucoup d'initiative elle finit par travailler régulièrement à la couture. Toutefois la mémoire est toujours peu précise en ce qui concerne les faits, qui ont motivé la séquestration d'office. La malade croit avoir vécu comme dans un rêve.

Au bout de un mois de calme absolu, elle est visitée par son mari, qui trouve son état très satisfaisant, et déclare que sa femme est revenue à l'état normal. Sa sortie lui est alors accordée et elle réintégre le domicile conjugual, où elle a repris ses occupations habituelles. La guérison ne s'est pas démentie.

Joffroy a rapporté en 1895 dans l'une de ses cliniques l'observation d'un de ses malades présentant une démence aboulique et dont nous résumons ici l'histoire clinique.

OBSERVATION XIX (Résumée)

(Leçon du professeur Joffroy du 23 février 1895 recueillie par le Dr Roubinovitch, chef de clinique à la Faculté. — *Progrès Médical*, 26 février 1898.)

Acromégalie avec démence.

Femme âgée de cinquante-huit ans, taille 1 m. 49, dont l'acromégalie semble avoir débuté quatre ans auparavant.

La malade présente un facies acromégalique, typique avec une volume exagéré de l'ensemble du visage : accroissement du nez en largeur et en épaisseur, maxillaire inférieur assez gros, macroglossie évidente, mains énormes, capitonnées, quelques déformations unguéales (ongles petits, friables, striés), il en est de même des pieds Légère scoliose, épaississement des clavicules et des côtes. Parole empatée, lente, affaiblie, voix bitonale. Les glandes à sécrétion interne paraissent normales, notamment la thyroïde.

Pas de matité thymique, hypertrophie cardiaque déterminée par un rétrécissement et une insuffisance aortique. Léger athérome, pas d'amyotropie. Dans les urines diminution de l'urée 11 gr. 68 par 24 heures. Diminution de l'acide urique 0 gr. 36, diminution de l'acide phosphorique 0 gr. 88, oligurie 800 grammes par 24 heures.

Sudation très exagérée, légère céphalée.

Troubles psychiques extrêmement accusés : gros affaiblissement de la mémoire : elle ne peut plus se rappeler le jour ou la date. Elle oublie d'un moment à l'autre ce qu'on vient de lui dire ou ce qu'elle doit faire. Elle est incapable actuellement de faire le moindre achat pour la préparation de sa nourriture. De plus elle est indifférente, apathique, insouciante et dans un état d'aboulie telle que son placement dans un asile a été nécessaire.

La malade a succombé quelques mois après et l'autopsie a

montré l'existence de lésions multiples de la moelle dont la plus accusée est la sclérose des cordons latéraux dans les régions cervicale et dorsale.

Pick et Schlœsinger rapportèrent en 1895 des cas analogues.

Moncorvo en 1895 publia un cas d'acromégalique idiot avec microcéphalie.

Enfin nous avons pu rencontrer dans le service du docteur Roubinovitch un cas d'acromégalie qui se complique de mal comitial et de psychose maniaque dépressive. Ce malade était d'abord dans le service du professeur Pierre Marie et son cas fut rapporté par Moutier dans la *Revue neurologique* de 1906.

Voici résumée l'observation qu'il a publiée, nous insisterons surtout sur les troubles psychiques.

OBSERVATION XX (Résumée)

(M. Moutier)

Dois... trente-six ans, présente le facies typique de l'acromégalique.

Antécédants héréditaires. — Parents actuellement vivants. Cinq frères et sœurs bien portants. Du côté de la mère, on est, paraît-il, de grande taille et les extrémités sont fortes ainsi que la tête.

On ne peut fixer de quand datent les déformations acromégaliques : le malade se souvient qu'à sept ou huit ans, il attirait déjà l'attention par les dimensions marquantes de ses mains et de ses pieds. Pendant son service militaire il eut coup

sur coup : rougeole, scarlatine et fièvre typhoïde à la suite de laquelle il perdit la vue de l'œil gauche. On relève aussi l'existence d'un bouton dans la région génitale, la nature syphilitique de cet accident n'est en aucune façon établie.

Actuellement le malade présente un accroissement transversal typique du massif facial. La macroglossie, les déformations des mains et des pieds sont absolument caractéristiques, le nez est élargi à sa racine.

Depuis dix-huit mois, il y a absence absolue de rapports sexuels qui n'ont d'ailleurs jamais été très recherchés par le malade dont les testicules sont petits et atrophiés. Des douleurs tourmentent parfois le malade, elles siègent aux mollets au niveau du tendon d'Achille, elles sont peu intenses. Il n'en est pas de même de la céphalée souvent atroce qu'aucun médicament ne peut calmer.

L'examen du fond de l'œil montre une atrophie papillaire complète de l'œil gauche. A droite, hémianopsie nasale. La cécité est presque complète des deux côtés.

Examen mental. — Cet homme était intelligent, il l'est demeuré, consciencieux observateur de lui-même, il se rend parfaitement compte d'un certain degré de déchéance mentale. Ses facultés ont subi une diminution notable depuis 1893 et la mémoire surtout pour les faits récents est particulièrement éprouvée. Il put cependant continuer jadis son métier de domestique et plus tard la mémoire s'est plutôt un peu améliorée. Le malade a éprouvé encore du mal à écrire ses lettres, il ne savait quoi dire.

Parfois aussi on ne pouvait lui arracher une parole. puis et cela se comprend facilement, son caractère s'est assombri ; il

est devenu morose, puis parfois impatient bien que résigné le plus souvent.

Les phénomènes convulsifs se sont manifestés pour la première fois en 1901. Le malade présente deux séries de crises. D'une part des crises à beaucoup de points comparables aux crises épileptiques légitimes, d'un autre côté des crises ou équivalents psychiques. Jamais D..., ne sent venir la crise convulsive, il pousse un cri et tombe, de violentes secousses toniques le raidissent à terre il se débat, en effet, à peine. De l'écume vient aux lèvres, la langue est cruellement mordue. Le malade pisse dans son pantalon. Après cette période courte, sans période intercurrente de clonisme, résolution et torpeur. Au bout de vingt minutes à trois quarts d'heure la conscience revient et le malade n'a aucune espèce de souvenir de cette crise.

Les autres crises que faute de termes plus précis, nous appellerons équivalents psychiques semblent n'avoir attiré l'attention qu'au courant de 1905. Avant cette époque elles se bornaient à quelques vertiges très fugitifs, ces vertiges laissaient le malade étourdi marmottant parfois pendant quelques minutes des mots sans suite ; mais depuis deux ans les absences sont revenues particulièrement fréquentes et prolongées. Elles sont maintenant plus répétées que les crises épileptiques. Elle en diffèrent par quelques points très singuliers. C'est ainsi qu'elles ne surviennent jamais la nuit et semble-t-il, rarement, dans la matinée. Enfin sans en préciser la nature, il semble que D..., ait quelque obscur avertissement des crises psychiques il ne se lève pas le matin ou se couche dans la journée et quand on lui demande la cause : « J'ai senti, répond-il, que j'allais faire mes bêtises ». Il semble cependant que l'exacerba-

tion de la céphalée soit le principal sinon l'unique avertissement que ressente le malade. Les crises sont, avons-nous dit des plus polymorphes. Leur phase initale est cependant invariable : soudain au milieu d'une phrase ou d'un geste D... pâlit, semble éprouver une angoisse d'un instant, puis l'expression absolument perdue, lointaine, exécute ce que veut l'impulsion nouvelle. Parfois il prend une chaise, il la met en pièces ou renverse le panier plein de médicaments qu'il avait au bras. On l'a vu se précipiter sur le tuyau de poêle, l'embrasser violemment et le démolir. Il saisit un couteau et le jette contre une porte, se déshabille, défait son lit, entraîne vers la chapelle un aveugle qu'il rencontre, secoue par la barbe un vieillard avec lequel il causait paisiblement un instant avant. Il va encore jusqu'à un atelier de femme et veut exhiber ses parties génitales.

Un autre jour il sort comme un fou et crie à travers les cours, il semble menacer un interlocuteur imaginaire On distingue ainsi plusieurs crises, les unes ambulatoires d'autres avec peut-être quelques hallucinations. Nous l'avons vu enfin assez souvent debout, le corps penché en avant, très pâle, comme plongé en une sorte d'extase dont rien ne peut le retirer. Tous ces phénomènes ont un caractère commun : retour brusque à la normale, oubli total. Le malade est parfois obnubilé, mais plus souvent il reprend sa conversation, sa promenade, il cherche le panier qu'il vient de renverser et demande pourquoi on le lui a retiré, pourquoi on l'empêche de rendre ce service. Ces crises durent de quelques minutes à plusieurs heures, quelquefois une journée, coupée, il est vrai, d'intervalles lucides.

Il passe dans le service du Dr Roubinovitch (service des épileptiques, le 6 avril 1908.

Observation personnelle (prise dans le service du Dr Roubinovitch)

Les signes somatiques sont les mêmes que ceux décrits dans l'observation de Moutier, mais au point de vue psychique, il est nécessaire de distinguer deux choses : d'une p rt,l'épilepsie, de l'autre, la psychose maniaque dépressive.

L'épilepsie chez lui se présente sous toutes ses formes : convulsives, vertigineuses, psychiques. La forme convulsive est la forme banale déjà décrite, de même la forme vertigineuse a été bien observée dans le service du professeur Marie alors que le malade n'était pas encore atteint de psychose maniaque dépressive. Enfin il existe chez lui des troubles psychiques d'ordre comitial : impulsions suivies d'amnésie totale. On le voit tout à coup saisir un journal, le déchirer, le détruire et ne plus se souvenir de ce qu'il a fait. D'autres fois il s'exhibe et commet des actes plus étranges dont il ne conserve aucun souvenir.

Mais indépendamment de ces troubles, il a une modification de l'état mental tout à fait différente et qui se présente à nous, sous deux aspects. C'est ainsi qu'il a des périodes de dépression qui sont l'état normal de sa mentalité, il est indifférent à tout. Il est paresseux, pour préciser, détailler les faits anciens, c'est un apathique tenant des propos de mélancolique : idées de tristesse, il aimerait mieux mourir, dit-il. D'autre part sur ce fond de dépression, tout à coup on voit apparaître de l'excitation. Alors c'est un homme très gai, d'une gaieté folle, il se déclare guéri. Il se rappelle des faits passés, c'est

ainsi qu'il se souvient d'un suppositoire qui lui rappelait sa guérison et qu'il appelait « sa cheville ». Dans ces moments il se sent fort, il est très irritable et sa force décuple. Les gardiens le redoutent. De ces derniers troubles psychiques le malade *en a conscience*, il en a le parfait souvenir. il le raconte, il lui semble alors qu'il est d'une intelligence supérieure. Il dit : « moi qui n'ai aucune idée d'ordinaire, je trouve des idées tout à fait bizarres, j'ai un besoin incessant d'écrire. » Et de fait il couvre des quantités de papier d'idées extraordinaires.

Réflexions. — Il y a donc chez ce malade deux psychoses très différentes : d'une part la psychose maniaque dépressive, de l'autre des équivalents psychiques de l'épilepsie. Ce qui différencie les crises d'excitation de la psychose maniaque dépressive, des crises d'excitation d'ordre comitial, c'est la parfaite conscience du malade dans les premières il a le souvenir exact des faits qu'il a accomplis, tandis que dans les deuxièmes, il ne se souvient de rien.

L'on rencontre donc au cours de l'acromégalie, des psychoses extrêmement nombreuses et variées, le malade réagissant à l'auto-intoxication suivant l'état de ses centres nerveux et suivant sa résistance individuelle. Ces différents troubles psychiques rappelant d'assez loin ceux que l'on a pu constater au cours du myxœdème.

En dehors de l'idiotie myxœdémateuse des enfants, caractérisée par l'arrêt de développement physique et psychique, l'on peut constater chez l'adulte un affaiblissement intellectuel, un manque de mémoire, une somnolence, une irritabilité de caractère, une lenteur dans les réponses,

une faiblesse dans les mouvements comparables aux symptômes que l'on a observés dans l'acromégalie.

Peut-être même ces différents troubles reconnaissent-ils une même cause, car l'on a noté au cours de l'acromégalie un fait constant au cours du myxœdème : l'atrophie du corps thyroïde. Les glandes vasculaires sanguines semblent, en effet, jouer un grand rôle dans la pathogénie des manifestations acromégaliques que nous allons aborder.

ETIOLOGIE

L'étiologie de ces troubles psychiques est encore très obscure et le petit nombre des cas observés en rend les résultats peu précis.

On a noté surtout l'influence du sexe, c'est ainsi que ces manifestations semblent plus fréquentes chez la femme. Il est vrai que l'acromégalie se rencontre plus souvent chez elle, et les manifestations nerveuses et psychiques y sont relativement beaucoup plus fréquentes que chez l'homme. Il y a environ 31 femmes qui présentent des troubles pour 22 hommes. Il y a donc là un point commun avec le myxœdème.

Les manifestations psychiques sont aussi fréquentes chez les sujets jeunes que chez les sujets âgés. Il semble donc que l'âge n'ait aucune importance sur la détermination des troubles mentaux.

La forme de la maladie paraît, au contraire, exercer sur eux une certaine influence. Les troubles psychiques se remarquent surtout au cours de la forme banale de la maladie de Marie. Cependant nous avons rencontré la coexistence fréquente de la forme douloureuse avec les manifestations comitiales, dont nous avons d'ailleurs cité deux observations. La forme aiguë de l'acromégalie ne semble pas s'accompagner plus souvent que la forme chronique de troubles intellectuels.

Mais il est un point de cette étiologie sur laquelle nous voudrions attirer l'attention, c'est la fréquence des maladies mentales dans les antécédents héréditaires des acromégaliques. Ce fait avait déjà été remarqué par Farnarier qui publia dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* quelques observations dont nous avons cité la plus caractéristique.

Alors que quelques auteurs tels que Marie et Souza-Leite n'accordent aucune influence à l'hérédité, Recklinghausen et Verstrœten lui donnent une grosse importance. Ils font remarquer que l'on rencontre souvent dans les familles des acromégaliques une tendance au suicide, de la dipsomanie, des affections cérébrales diverses.

Verstrœten publia en 1899, deux observations : dans l'une d'elle le père du malade est triste et mélancolique, la mère est morte d'apoplexie ; sur les 10 enfants qui naquirent de ce mariage, 2 se suicidèrent, un troisième est faible d'esprit et plusieurs sont alcooliques. Dans l'autre observation, le père est alcoolique et la mère a un goitre. Dans le cas rapporté par Surmont le grand-père paternel du malade est mort d'apoplexie ; un oncle paternel est atteint du délire de persécution ayant nécessité son internement ; la mère est strabique et sur 9 enfants 1 est acromégolique, un autre atteint de strabisme, un autre d'imperforation congénitale de l'œsophage, enfin l'un d'eux est mort de méningite.

Un malade de Haskovec était fils et neveu d'alcoolique. Thomas signale un acromégalique dont la mère mourut mélancolique.

Lancereaux rapporta l'observation d'un malade ayant une lourde tare héréditaire nerveuse et herpétique. Moncorvo publia en 1895 un cas d'acromégalie infantile chez un enfant de quatorze mois microcéphalique dont la grand'-mère maternelle était nerveuse et asthmatique, la mère faible et nerveuse avait eu beaucoup d'émotions pendant la grossesse, le père était un exalté.

Le père d'un malade d'Unverlicht est mort d'apoplexie et un malade de Haskovec présente dans ses antécédents une mère et un oncle mélancoliques.

Dans l'observation de Garnier et Saintenoise, que nous avons rapportée, une tante paternelle a été internée et le père est goitreux.

Enfin dans le cas de Feindel et Froussard, le père alcoolique s'est suicidé et plusieurs frères et sœurs sont morts de convulsions en bas âge

Les acromégaliques présentent donc des antécédents héréditaires des plus intéressants ; il s'agit quelquefois d'une hérédité directe dont on a rapporté quelques cas isolés, mais le plus souvent il s'agit de tares névropathiques ou alcooliques. Aussi les névroses et les psychoses sont-elles fréquentes au cours de l'acromégalie et l'on peut dire que tous ces malades sont des « prédisposés » ou des dégénérés dont les centres nerveux sont peu résistants et incapables de lutter contre une intoxication.

La maladie de Marie évolue donc presque toujours sur un terrain favorable. Cette notion de l'influence de l'hérédité est à notre avis une de celles qui éclairent le plus la pathogénie des troubles nerveux et mentaux des acromégaliques.

PATHOGÉNIE

Résoudre le problème de la pathogénie des troubles intellectuels des acromégaliques, c'est résoudre du même coup la pathogénie de la maladie de Marie elle-même. Il semble, en effet, que l'altération des diverses glandes à sécrétion interne joue un rôle des plus importants dans ces affections nerveuses.

Pour Klebs qui fut frappé de la persistance du thymus dans un cas d'acromégalie, cette maladie serait due à un développement insolite du système vasculaire. De nombreux éléments endothéliaux thymiques charriés par la circulation générale, joueraient le rôle de cellules vasoformatives. Il en résulterait une augmentation de vaisseaux et par suite un accroissement de volume des parties terminales où le cours du sang et le plus ralenti. Cette théorie est une pure hypothèse et le rôle attribué au thymus est encore à prouver, puisqu'on a constaté souvent l'absence de cette glande dans l'acromégalie.

Freund et Verstræten attribuent cette maladie à une altération des fonctions génitales, soit à leur hyperfonctionnement, soit à leur diminution. C'est par cette anomalie du développement des organes génitaux qu'ils expliquent les troubles de croissance du squelette, et les phénomènes psychiques.

Pour Recklinghausen, l'acromégalie n'est qu'une affection tropho-névrotique relevant d'altérations du système nerveux central et périphérique. Mais ainsi que l'a montré Marie, les cas publiés par cet auteur appartiennent non à l'acromégalie mais à la syringomyélie.

Actuellement l'opinion qui semble la plus répandue est celle du professeur Marie qui fait de l'acromégalie « une sorte de dystrophie systématique, dont la place en nosologie serait assez symétrique de celle du myxœdème, et qui affecterait avec un organe encore inconnu de fonction trophique, le corps pituitaire des relations analogues à celles qui lient le myxœdème à certaines lésions ou à l'ablation du corps thyroïde ». L'hypertrophie du corps pétuitaire est, en effet, constante au corps de l'acromégalie.

Il existe enfin une théorie qui fait intervenir l'ensemble des glandes vasculaires sanguines. Et il semble bien en effet qu'il s'agisse plutôt d'une altération de plusieurs glandes, car si l'hypophyse est fréquemment lésée, le corps thyroïde l'est non moins souvent ; les testicules sont atrophiés dans la plupart des cas comme chez notre malade et l'aménorrhée et l'impuissance sont les symptômes du début, les plus remarquables et les plus fréquents. En résumé il s'agirait surtout, dans cette hypothèse « d'un hyperfonctionnement de l'hypophyse dont le suc normalement frénateur de la nutrition irait ici exagérer l'activité du périoste pour aboutir aux déformations acromégaliques ».

La glycosurie qui est une complication si fréquente de l'acromégalie, qu'elle joue peut-être un certain rôle dans

les troubles psychiques. On a signalé depuis longtemps (*The Journal of Mental Science*, janvier 1896) la fréquence de la glycosurie chez les aliénés et il semble qu'il y ait là une relation étiologique intéressante. Malheureusement il n'existe pas d'observations de folie acromégalique où les variations de la glycosurie ont été suivies parallèlement aux variations de l'état mental.

Il faut d'ailleurs pour éclaircir la pathogénie de ces troubles psychiques, comparer l'acromégalie à des maladies de même ordre, telles que le myxœdème, le gigantisme et la maladie de Basedow.

Certains auteurs ont prétendu que les troubles psychiques de la maladie de Basedow dépendaient directement du fonctionnement anormal de la glande thyroïde, aussi bien dans le goitre exophtalmique que dans le myxœdème.

D'autres au contraire ne veulent admettre que la maladie de Basedow puisse créer à elle seule des états vésaniques. Ils pensent que c'est une névrose ou une psychonévrose concomitante qui est nécessaire au développement des troubles psychiques et que le goitre exophtalmique ne survient à son tour que pour imprimer à ces troubles un certain cachet et modifier leur évolution (Jacques Roubinovitch).

Il est probable que c'est aussi à la théorie éclectique que l'on doit se ranger pour expliquer les troubles psychiques que l'on observe au cours de l'acromégalie. Il faut y joindre à l'exemple du professeur Raymond l'imposante notion de la dégénérescence mentale, fondée sur l'existence des tares héréditaires psychopathiques, stigmates de dégéné-

rescence souvent bien antérieurs à l'éclosion des premiers symptômes de l'insuffisance glandulaire.

Nous pourrons dire alors pour l'acromégalie ce que Raymond a dit à propos du goitre exophtalmique « l'association de la maladie de Basedow avec la dégénérescence mentale n'est pas une coïncidence, elle s'explique par les tares héréditaires dont relèvent ces deux ordres de faits ».

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'origine de ces troubles psychiques est toujours des plus faciles, et c'est par la coexistence des lésions singulières de l'acromégalie qu'on le fera.

L'attention sera immédiatement attirée par le facies si spécial de ces malades, les lésions craniennes et faciales, notamment le prognathisme et l'hypertrophie nasale et labiale, le développement exagéré des extrémités supérieures et inférieures, les déformations rachidiennes, les troubles oculaires et génitaux.

Seul le myxœdème peut donner lieu à quelque hésitation, surtout lorsqu'il s'agit de cas d'acromégalie infantile. Mais c'est un diagnostic relativement facile et le facies de l'enfant permet de le résoudre : le myxœdémateux est un nain, présentant un retard très accusé au point de vue physique et psychique, dont le corps thyroïde est absent et dont les téguments sont toujours très épaissis. Le diagnostic avec les troubles psychiques du goitre exophtalmique, avec ceux que l'on pourrait rencontrer au cours de la sclérodermie ou des différentes lipomatoses, est des plus simples. Dans tous les cas c'est la reconnaissance du syndrome acromégalique qui permettra de trancher un diagnostic bien rarement hésitant.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Nous ne dirons que quelques mots du pronostic et du traitement des névroses et des psychoses au cours de l'acromégalie.

Ces complications rendent encore plus sombre le tablaau déjà peu favorable de la maladie de Marie. A peine dans quelques cas, tel que celui de Pick, que nous avons rapporté, la psychose peut-elle avoir des rémissions, de durée toujours assez courte d'ailleurs, car la récidive est la règle.

Très fréquemment, sous l'influence de son délire le malade se suicide ou bien il tombe dans une démence d'autant plus complète que ses manifestations psychiques ou comitiales sont plus accusées.

Le traitement de ces complications est celui de l'acromégalie elle-même. Cependant on devra prendre quelques soins spéciaux, tels que l'alitement, conseillé par le Dr Magnan et qui donne au cours des psychoses d'excellents résultats de même que l'hydrothérapie.

L'on essayera de lutter contre la dénutrition par l'arsenic, le fer ou le seigle ergoté employé par Schwartz.

Enfin les théories pathogéniques admises actuellement font que l'on emploie fréquemment la médication opothérapique.

Les uns ont donné soit de l'extrait du corps thyroïde soit du corps thyroïde lui-même, d'autres de l'ovarine, d'autres enfin de l'extrait hypophysaire.

Dans notre cas nous nous proposons de faire à notre malade des injections d'extrait testiculaire suivant la vieille méthode autrefois conseillée par Brown-Séquard et qui aurait donné quelques résultats assez peu encourageants, il faut l'avouer, au cours d'affections nerveuses.

Malheureusement ces traitements sont longs et compliqués et les chirurgiens cherchent depuis longtemps à greffer des organes ou des parcelles d'organes dans le corps humain. Mais ces greffes meurent toutes assez rapidement et les résultats de cette thérapeutique sont également incertains.

On a également essayé depuis quelques années de greffer des glandes vasculaires sanguines au voisinage des épiphyses osseuses immédiatement sous le périoste, et des greffes vieilles de deux ans se sont montrées parfaitement intactes. Aussi cette méthode paraît-elle préférable aux poudres et aux extraits d'organes mais elle a encore trop peu de mise en pratique pour qu'on puisse en apprécier les résultats.

Tout récemment enfin les Allemands ont tenté d'intervenir chirurgicalement sur l'hypophyse, mais sans aucun succès.

CONCLUSIONS

Différentes psychoses et névroses, comme le montrent ces observations, viennent donc fréquemment compliquer la maladie de Marie :

1° Les névroses, et notamment l'épilepsie et l'hystérie, s'y rencontrent souvent, soit qu'elles précèdent les manifestations acromégaliques, soit qu'elles les accompagnent, soit qu'elles les suivent.

2° Les psychoses y sont non moins fréquentes. Presque toutes les psychoses y ont été signalées et 25 0/0 des acromégaliques en sont atteints, d'après Brunet.

3° Ces malades sont le plus souvent des prédisposés et il semble que l'hérédité neuro-arthritique joue un certain rôle dans leurs troubles nerveux.

4° La pathogénie de ces psychoses et de ces névroses est des plus obscures. Cependant elles semblent dues, ainsi que les autres troubles acromégaliques, soit à une insuffisance, soit à un hyperfonctionnement de l'ensemble des glandes vasculaires sanguines.

5° Aussi leur traitement doit-il être avant tout une médication opothérapique et notamment dans le cas que nous

avons rapporté, la méthode de Brown-Séquard semble indiquée.

6° Il semble donc juste d'individualiser une forme mentale de l'acromégalie vu la fréquence des troubles psychiques qui l'accompagnent.

Vu :
Le Président de la thèse,
RAYMOND

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Blocq (Paul). — Gazette hebdomadaire, janvier 1894.

Brunet. — Etat mental des acromégaliques. Thèse de Paris, 1899.

Bourneville et Regnault. — Communication sur trois cas d'acromégalie avec autopsie. Société anatomique, 31 juillet 1896.

Chalk. — In thèse Duchesneau.

Dercum. — American Journal of the medical Science, 1898.

Duchesneau. — Forme amyotrophique de l'acromégalie. Thèse de Lyon, décembre 1871.

Farnarier. — Nouv. Ic. de la Salpêtrière, 1899.

Giorco.— Observation d'acromégalie. In thèse de Duchesneau.

Guinon. — Gazette des hôpitaux, 1889 ; Nouv. Ic. Salpêtrière, 1890.

Haskovec. — Acromégalie. Revue de Médecine, 1893.

Garnier et Saintenoise. — Sur un cas d'acromégalie avec manie aiguë. Archives de Neurologie, 1897.

Joffroy. — Sur un cas d'acromégalie avec démence.

Lynn Thomas. — British medical Journal, 1895.

Lévi. — De l'acromégalie. Revue critique. Archives gén. de Médecine, 1896.

Marinesco. — Société de Biologie, 1895.

Pick. — Observation d'acromégalie In thèse de Duchesaneu.

Souza-Leite. — Thèse de Paris. 1890,

State. — Forme douloureuse de l'acromégalie. Thèse de Paris, 1900.

Surmont. — Observation d'acromégalie.

Raymond et Souques. — Congrès de Nancy. 1896.

Verstraeten. — Revue de Médecine, 1899.

Feindel et Froussard.. — Revue neurologique, 1899.

Imp. spéciale de la librairie J. Rousset, 12, rue Monsieur-le-Prince Paris.